

**RENDA - REGISTO NACIONAL DE NÃO DADORES****Lei n.º 12/93, de 22 de Abril**

- ☐ - Inscrição no Registo Nacional de Não Dadores
- ☐ - Pedido de 2.ª Via do Cartão - (preencher APENAS a identificação de não dador)
- ☐ - Alteração de Dados - (preencher todos os dados - este impresso substitui INTEGRALMENTE o(s) anterior(s))
- ☐ - Anulação do registo no RENDDA - (passagem à qualidade de dador)

Os dados constantes deste requerimento destinam-se a identificação dos cidadãos não dadores de órgãos ou tecidos, mediante processamento automático e conservação em Base de Dados pela qual é responsável os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, IP, sito em Avenida da República, n.º 61, 1069-032 LISBOA.

A falta ou inexactidão no preenchimento dos dados, inviabiliza a inscrição no RENDDA.

Ao requerente ou seu representante legal é reconhecido o direito de acesso às informações sobre ele registadas na base de dados.

|                                   |                                                                                                                          |
|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1</b>                          | <b>A PREENCHER PELO REQUERENTE</b>                                                                                       |
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO NÃO DADOR</b> |                                                                                                                          |
| NÚMERO                            | <input type="text"/> (preencher apenas nos casos de pedido de 2ª via do cartão ou alteração dos dados)                   |
| NOME:                             | <input type="text"/>                                                                                                     |
| MORADA: Rua / Av.ª                | <input type="text"/> N.º / Lote <input type="text"/> Andar <input type="text"/>                                          |
| Localidade                        | <input type="text"/> C.P. <input type="text"/> Telefone <input type="text"/>                                             |
| DATA DE NASCIMENTO:               | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> NATURALIDADE (Freguesia / País): <input type="text"/> |
| SEXO:                             | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino NACIONALIDADE: <input type="text"/>                 |
| IDENTIFICAÇÃO:                    | <input type="checkbox"/> BI / CC Arquivo <input type="text"/> N.º <input type="text"/>                                   |
|                                   | <input type="checkbox"/> Outra <input type="text"/> Ano-Séries/País <input type="text"/> N.º <input type="text"/>        |

|                                                                           |                                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>2</b>                                                                  | <b>IDENTIFICAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL</b>                                                                              |
| <b>A preencher apenas nos casos em que o não dador é menor ou incapaz</b> |                                                                                                                          |
| QUALIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL (Pai, Mãe, Tutor, etc)                   |                                                                                                                          |
| NOME:                                                                     | <input type="text"/>                                                                                                     |
| MORADA: Rua / Av.ª                                                        | <input type="text"/> N.º / Lote <input type="text"/> Andar <input type="text"/>                                          |
| Localidade                                                                | <input type="text"/> C.P. <input type="text"/> Telefone <input type="text"/>                                             |
| DATA DE NASCIMENTO:                                                       | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> NATURALIDADE (Freguesia / País): <input type="text"/> |
| SEXO:                                                                     | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino NACIONALIDADE: <input type="text"/>                 |
| IDENTIFICAÇÃO:                                                            | <input type="checkbox"/> BI / CC Arquivo: <input type="text"/> N.º <input type="text"/>                                  |
|                                                                           | <input type="checkbox"/> Outra <input type="text"/> Ano-Série/País: <input type="text"/> N.º <input type="text"/>        |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| <b>3</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>RESTRICÇÕES À DÁDIVA</b> |
| <b>A preencher apenas nos casos da indisponibilidade para a dádiva ser restrita a certos órgãos, tecidos ou fins</b>                                                                                                                                                                                                                    |                             |
| 1. Pretendo: <b>NÃO SER DADOR</b> de órgãos e tecidos no caso de estes serem para fins de:                                                                                                                                                                                                                                              |                             |
| <input type="checkbox"/> Transplante <input type="checkbox"/> Diagnóstico/Terapêutico                                                                                                                                                                                                                                                   |                             |
| 2. Pretendo: <b>APENAS NÃO DOAR</b> os seguintes órgãos ou tecidos:                                                                                                                                                                                                                                                                     |                             |
| <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                             |
| <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                             |
| 3. Pretendo: <input type="checkbox"/> <b>NÃO SER DADOR</b> de órgãos ou tecidos em situações em que a colheita dependa da realização de intervenções médicas destinadas unicamente à preservação de órgãos para transplantação, no contexto de dádiva após morte por critérios circulatórios controlados (categoria III de Maastricht). |                             |

|                                                                                                                                                               |                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <b>4</b>                                                                                                                                                      | <b>ANULAÇÃO DO REGISTO NO RENDDA - PASSAGEM À QUALIDADE DE DADOR</b> |
| <b>A preencher apenas no caso de anulação de inscrição no RENDDA</b>                                                                                          |                                                                      |
| Declaro que pretendo <b>PASSAR À QUALIDADE DE DADOR</b> , anulando a minha inscrição no RENDDA e fazendo a entrega do respectivo <b>Cartão de Não Dador</b> . |                                                                      |
| Data: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>                                                                                      | Assinatura <input type="text"/>                                      |

|                                                                                                    |                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| <b>5</b>                                                                                           | <b>A ASSINAR PELO REQUERENTE</b> |
| Confirmo que são verdadeiros os dados acima inscritos, não havendo omissão de qualquer informação. |                                  |
| Data: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>                           | Assinatura <input type="text"/>  |

|                                                                                                 |                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>6</b>                                                                                        | <b>A PREENCHER PELOS SERVIÇOS</b>  |
| CENTRO DE SAÚDE / UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR / BALCÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NA LOJA DO CIDADÃO |                                    |
| <input type="text"/>                                                                            |                                    |
| Data: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>                        | O Funcionário <input type="text"/> |